



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАНА  
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

## Педиатрия

научно-практический журнал

Зарегистрирован Агентством печати и информации Республики Узбекистан 29 декабря 2006 году. Свидетельство № 02-009

Решением Высшей аттестационной комиссии (ВАК) при Кабинете Министров Республики Узбекистан журнал «Педиатрия» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Республике Узбекистан, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени доктора медицинских наук (Утверждено Постановлением Президиума ВАК РУз. № 201/3 от 30 декабря 2013 года)

Публикация рекламы на коммерческой основе.

За правильность рекламного текста ответственность несет рекламодатель.

Рекламодатели предупреждены редакцией об ответственности за рекламу незарегистрированных и не разрешенных к применению Министерством здравоохранения РУз лекарственных средств и предметов медицинского назначения.

Рукописи, фотографии и рисунки не рецензируются и не возвращаются авторам. Авторы несут ответственность за достоверность излагаемых фактов, точность цифровых данных, правильность названий препаратов, терминов, литературных источников, имен и фамилий.

Адрес редакции:

100140, Республика Узбекистан,

г.Ташкент, ул.Богишамол, 223

тел.: +99871-260-28-57;

факс: +99871-262-33-14

сайт: [tashpmi.uz/ru/science/journal\\_pediatriy](http://tashpmi.uz/ru/science/journal_pediatriy)

Индекс для подписчиков: 852

Распространяется только по подписке.

Заведующая редакцией: В.Р. Абдурахманова

Технический редактор: Ф.Н.Исраилова

Редакторы: С.Х.Назаров, К.Х.Назарова,

Н.И.Гузачева

Дизайн и верстка: А. Абдусаломов

Формат 60x84 1/8, усл.печ.л. 28

Заказ № 0198 Тираж 180

Подписано в печать 29.05.2019

Отпечатано в ООО «Credo print group»,

г. Ташкент, ул. Богишамол 160.

Главный редактор: Даминов Б.Т.

Заместитель главного редактора: Гулямов С.С.

Ответственный секретарь: Муратходжаева А.В.

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Аитов К.А. (Иркутск, Россия)

Алимов А.В. (Ташкент)

Арипова Т.У. (Ташкент)

Атаниязова А.А.(Нукус)

Ахмедова Д.И. (Ташкент)

Баранов А.А. (Москва, Россия)

Боранбаева Р.З.(Астана, Казахстан)

Джумашаева К.А. (Бишкек, Кыргызстан)

Дэвил Д. (Рим, Итальянская Республика)

Захарова И.Н. (Москва, Россия)

Зоркин С.Н. (Москва, Россия)

Иванов Д.О. (Санкт-Петербург, Россия)

Иноятов А.Ш.(Бухара)

Малов И.В. (Иркутск, Россия)

Матазимов М.М.(Андижан)

Набиев З.Н. (Душанбе, Таджикистан)

Орел В.И. (Санкт-Петербург, Россия)

Разумовский А.Ю. (Москва, Россия)

Рикардо С. (Вашингтон, США)

Рузибоев Р.У.(Ургенч)

Туйчиев Л.Н. (Ташкент)

Хайтов К.Н. (Ташкент)

Чонг Пён Чунг (Сеул, Южная Корея)

Шамсиев А.М.(Самарканд)

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Агзамходжаев Т.С. (Ташкент)

Алиев М.М. (Ташкент)

Амонов Ш.Э. (Ташкент)

Арипов А.Н. (Ташкент)

Асадов Д.А. (Ташкент)

Ашурова Д.Т. (Ташкент)

Бахрамов С.С. (Ташкент)

Бузруков Б.Т. (Ташкент)

Даминов Т.О. (Ташкент)

Иноятова Ф.И. (Ташкент)

Искандаров А.И. (Ташкент)

Исмаилов С.И. (Ташкент)

Камилова А.Т. (Ташкент)

Кариев Г.М. (Ташкент)

Каримжанов И.А. (Ташкент)

Маджидова Ё.Н.(Ташкент)

Рахманкулова З.Ж. (Ташкент)

Саатов Т.С. (Ташкент)

Содиқова Г.К. (Ташкент)

Таджиев Б.М (Ташкент)

Ташмухамедова Ф.К. (Ташкент)

Хасанов С.А. (Ташкент)

Шарипов А.М. (Ташкент)

Шарипова М.К. (Ташкент)

Шомансурова Э.А. (Ташкент)

Эргашев Н.Ш. (Ташкент)



Исламов Ш.Э., Бахриев И.И., Ибадлаев Ф.Т., Назарова М.М.  
**ПРИЧИНЫ ДОПУЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
 В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДИАТРОВ**

Самаркандский государственный медицинский институт;  
 Ташкентская медицинская академия

Оригинальные статьи

**Цель исследования.** Определение причин возникновения дефектов медицинской помощи в деятельности педиатров.

**Материал и методы.** Материалами для исследования послужили заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз (КСМЭ), составленных по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников, проведенных во всех 12 областях, Республиканском Бюро Республики Каракалпакстан, Бюро г. Ташкента и Главном Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан в период с 1999 по 2010 гг. По специальной компьютерной программе с использованием разработанных нами карт-анкет, включающих классифицирующие параметры, исследовались 2890 заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам дел о нарушениях персоналом своих профессиональных обязанностей.

**Результаты.** Определение причины возникновения дефектов медицинской помощи, хотя и не является прямой задачей судебно-медицинской экспертной комиссии, но, тем не менее, играет важную роль по объективной правовой оценке профессиональной деятельности медицинских работников судебно-следственными органами. При этом большое значение придается назначению и производству комиссионной судебно-медицинской экспертизы, в ходе которой по предоставленным материалам, появляется возможность установления самого факта допущения дефектов при оказании медицинской помощи, их сущности, лиц, которыми они допущены, места их допущения, вида и степени влияния ДМП на исход, а также возможных причин возникновения ДМП. Возникновению отдельных ДМП способствовало несколько причин.

В большинстве стран мира, где проводятся реформы здравоохранения, уделяется приоритетное внимание повышению качества медицинской помощи (МП). В настоящее время во всем мире все большее распространение получает так называемая доказательная медицина - (Evidence-Based Medicine). Её принципы могут применяться при оценке качества МП. Данные доказательной медицины (ДМ) предложено рассматривать как стандарт врачебных действий, а отклонение от этого стандарта – как врачебную ошибку [6].

Данные Института медицины Национальной академии наук США свидетельствуют о том, что от предотвратимых медицинских ошибок в американских больницах ежегодно погибают от 44 до 98 тыс. человек. По этому показателю врачебные ошибки занимают 8-е место в списке основных причин смерти [13].

Основными критериями улучшения качества МП являются сбор, анализ, принятие правильного решения и распространение научных данных, полученных на основе ДМ (1), а также обслуживания больных [12,16].

Учитывая глобальный характер медицинских ошибок Исполком ВОЗ в январе 2002

года рассмотрел специальную резолюцию «Качество здравоохранения и безопасность больных» и утвердил стратегию по повышению безопасности больных, в которой наметил основные меры по улучшению качества оказания МП населению [14].

Предложена следующая классификация неблагоприятных исходов в связи с проведением мероприятий медицинского характера исходя из причин их возникновения: 1. Характер и тяжесть самого заболевания или травмы; 2. Ятрогении; 3. Несчастный случай; 4. Дефекты оказания медицинской помощи (профилактических, лечебно-профилактических, медико-реабилитационных мероприятий); 5. Врачебная (медицинская) ошибка; 6. Медицинский деликт [2].

Исследователи отмечают, что причина большинства медицинских ошибок не из-за наличия пробелов в медицинских знаниях врачей, а в основном из-за человеческого фактора и нарушения медицинской помощи пациентам [15].

З.А. Гиясов с соавт. приводят ряд причин дефекта оказания медицинской помощи (ДМП) субъективного и объективного харак-



тера [3]. Отмечается различие причин возникновения ДМП среди медицинских работников различного профиля.

По данным З.Б. Холматова [11] в деятельности акушеров-гинекологов сугубо субъективные факторы явились причиной 72,3% ДМП, более половины, которых обусловлены недостаточной квалификацией акушер-гинекологов, чаще в Центральной районной больнице (ЦРБ).

Глубоко изучение организации МП в ряде областей Украины показало, что основные просчеты в ранней диагностике и оздоровлении выявленных больных допущены на догоспитальном этапе (ДГЭ); почти в половине случаев больные обследуются недостаточно и не получают полноценного лечения в период бесспорной курабельности, в дальнейшем входят в контингент лиц с хроническими, тяжело излечимыми заболеваниями, которые в основном заполняют стационары [7].

В.В. Томилин с соавт. отмечают, что причины ДМП, допускаемые частно-практикующими врачами (предприятиями), заключаются в недостаточной квалификации медицинских работников, отсутствие необходимой материально-технической базы и несоблюдение в ряде случаев санитарно-гигиенических норм [10].

Т.А. Пашинян с соавт. отмечают, что дефекты организации в деятельности оториноларингологов в большинстве случаев были связаны с дефектами ведения медицинской документации [5].

В.П. Новоселов с соавт. провели анализ ДМП по специальностям, причинами которых были: редкость заболевания (1%), атипичное течение заболевания (4,2%), тяжелое состояние больного (2,8%), анафилактический шок (3%), в остальных 89% случаев поводом для претензий к медицинским работникам явились информационно-деонтологические нарушения [4].

По мнению В.В.Томилина установление причины неправильных действий медицинских работников дает возможность выяснить их сущность и обычно может служить достаточным основанием для оценки последствий [9]. К уважительным причинам неоказания помощи относятся: крайнее переутомление или болезнь медицинского работника, занятость лечением другого, не менее тяжелого больного, отсутствие транспортных средств для вы-

езда к далеко находившемуся больному.

Таким образом, возникновению ДМП способствует ряд причин. Большинство авторов подразделяют их на объективного и субъективного характера, что целесообразно по нашему мнению. К ним нужно добавить и организационные, которые часто упоминаются различными исследователями.

**Цель работы** – определение причин возникновения дефектов медицинской помощи в деятельности педиатров.

#### Материал и методы

Материалами для исследования послужили заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз (КСМЭ), составленных по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников, проведенных во всех 12 областях, Республиканском Бюро Республики Каракалпакстан, Бюро г. Ташкента и Главном Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан в период с 1999 по 2010 гг. По специальной компьютерной программе с использованием разработанных нами карт-анкет, включающих классифицирующие параметры, исследовались 2890 заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам дел о нарушениях персоналом своих профессиональных обязанностей.

Из 2890 КСМЭ, назначенных в отношении медицинских работников в 47,2% (1363) случаев обнаружено ДМП, из них в деятельности педиатров 7,4%. Вышеуказанное было внимательно проанализировано и явилось материалом исследования. В связи с вышеуказанными заключениями изучены протоколы 620 заключений и 147 актов судебно-медицинского исследования трупов и живых лиц, других видов судебно-медицинских документов – результатов гистологических, химических исследований и т.п.

Изучены по протоколам КСМЭ данные первичных медицинских документов – истории болезни, карты амбулаторного больного, истории родов, истории развития новорожденного, медицинские карты ребенка, истории развития ребенка, медицинские карты прерывания беременности, карты вызова скорой медицинской помощи, протоколы патологоанатомического исследования трупа, а так же данные клинических анализов, рентгенологических и других специальных исследований.

Проанализированы также протоколы кли-



нико- и поликлинико-анатомических конференций, актов ведомственных расследований, приказов руководителей Министерства здравоохранения, отделов здравоохранения и лечебно-профилактических учреждений по фактам допущения дефектов оказания медицинской помощи.

Для полноценного изучения дефектов в оказании медицинской помощи, с учетом особенностей медицинской деятельности, нами была разработана модификация классификации ДМП, предложенной Ю.И. Соседко [8]. В ней отражены специальности, сущность дефектов, причины их возникновения, место их допущения, а также влияние их на исход.

Статистическую обработку полученного цифрового материала производили с помощью пакета статистического анализа электронных таблиц Excel 2003 Microsoft Office, применялся z-критерий. Значимыми считались также различия при  $P \leq 0,05$ .

### Результаты и обсуждения

Определение причины возникновения дефектов медицинской помощи, хотя и не является прямой задачей судебно-медицинской экспертной комиссии, но, тем не менее, играет важную роль по объективной правовой оценке профессиональной деятельности медицинских работников судебно-следственными органами. При этом большое значение придается назначению и производству комиссионной судебно-медицинской экспертизы, в ходе которой по предоставленным материалам, появляется возможность установления самого факта допущения дефектов при оказании медицинской помощи, их сущности, лиц, которыми они допущены, места их допущения, вида и степени влияния ДМП на исход, а также возможных причин возникновения ДМП. Возникновению отдельных ДМП способствовало несколько причин.

Причины возникновения ДМП условно нами обобщены в следующие 4 группы: 1) субъективно-субъективные причины – 59,9%; 2) организационные причины – 33,0%; 3) объективные причины – 7,1%.

В процентном соотношении отмечается резкое преобладание субъективных причин по сравнению с другими группами причин. Среди субъективных причин большинство составляют – недостаточная квалификация медперсонала (13,7%), неполноценное обследование больного (22,0%), невнимательное отношение

к больному (24,2%).

Пример 1. Ребенку Д.М., 7 мес., из-за повышения температуры тела была вызвана карета скорой помощи, врач которой это объяснил прорезыванием зубов и сделал литическую смесь. На следующий день была повторно вызвана скорая помощь, и ребенок был госпитализирован в инфекционное отделение МСЧ с диагнозом: - «Респираторно-вирусная инфекция с судорожным синдромом», лишь через 1 час был переведен в реанимационное отделение, где спустя 1 час наступила смерть. При этом ни на одном из этапов оказания МП не было обращено внимание на развитие острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, возникших в результате острого воспаления дыхательных путей.

Среди организационных причин основную массу составили – недостатки в организации лечебно-диагностического процесса (31,9%) и отсутствие необходимых средств диагностики (1,1%).

Среди объективных причин выделяли – позднее обращение к врачу (6,6%) и атипичное течение болезни (0,5%).

Пример 2. Ребенок Н.Н. Роженица была госпитализирована в родильное отделение ЦРБ, где родоразрешена – кесаревым сечением. Родился мальчик, состояние было оценено как тяжелое, переведен в отделение патологии новорожденных, где через 10 часов скончался. Отмечены дефекты развития ребенка. При анализе выяснено, что в сельской врачебной амбулатории (СВА) была поздно принята на учет, не выявлена хроническая анемия, лечение которой вообще не проводилось. При своевременной организации лечебно-диагностического процесса в амбулаторных условиях, была возможность обеспечения нормального развития плода и рождение здорового ребенка.

Выявление взаимосвязи характера ДМП с причинами возникновения свидетельствует о том, что в основном они возникали из-за субъективных причин (65,26%), организационных (24,23%) и объективных (7,62%). Так из субъективных причин возникновению дефектов диагностики часто способствовало невнимательное отношение к больному при нераспознавании основного заболевания (травмы) (13,5%) и его осложнений (21,1%), а также важного сопутствующего заболевания (4,6%); из дефектов лечения – ошибки при назначении



и проведении медицинских процедур (11,2%), неправильное применение лекарственных средств (5,6%); из дефектов организации – нарушение правил транспортировки (12,2%), недостатки диспансерного наблюдения (7,2%), недостатки ведения медицинской документации (5,9%) ( $P < 0,05$ ).

Недостаточная квалификация медперсонала приводили к дефектам диагностики – нераспознавание основного заболевания (травмы) (14,9%) и его осложнений (23,1%), важного сопутствующего заболевания (5,2%); к дефектам лечения – ошибки при проведении медицинских процедур (14,3%), дефекты хирургического лечения (9,4%), неправильное применение лекарственных средств (7,1%); к дефектам организации – нарушению правил транспортировки (4,4%), недостатки ведения медицинской документации (3,8%) ( $P < 0,05$ ).

Неполноценное обследование к дефектам диагностики – нераспознавание основного заболевания (травмы) (16,5%) и его осложнений (24,8%), важного сопутствующего заболевания (7,7%); дефектам лечения – ошибки при назначении и проведении медицинских процедур (в т.ч. нерациональное ведение родов) (8,5%), неправильное применение лекарственных средств (4,7%); дефектам организации – нарушение правил транспортировки (4,9%), недостатки ведения медицинской документации (4,7%), недостатки диспансерного наблюдения (3,9%) ( $P < 0,05$ ).

Недостатки в организации лечебно-диагностического процесса приводили к дефектам диагностики – нераспознавание основного заболевания (травмы) (9,7%) и его осложнений (18,4%), важного сопутствующего заболевания (5,4%); к дефектам лечения – ошибки при назначении и проведении медицинских процедур (в т.ч. нерациональное ведение родов) (9,7%), неправильное применение лекарственных средств (4,7%); к дефектам организации – нарушение правил транспортировки (9,5%), недостатки диспансерного наблюдения (8,7%), недостатки ведения медицинской документации (8,3%), а также к неправильному оформлению отказа пациента от медицинского вмешательства (4,3%) ( $P < 0,05$ ). Отсутствие необходимых средств диагностики приводило к нераспознаванию основного заболевания (травмы) (14,3%) и его осложнений (21,4%), из дефектов лечения – к неправильному применению лекарственных средств (7,1%); к де-

фектам организации – недостатки ведения медицинской документации (7,1%) ( $P < 0,05$ ).

Пример 3. Гр-ка Х.Н., с 3-месячным ребенком О.О. из-за ухудшения его состояния (высокая температура тела, диарея, отсутствие аппетита), обратилась в детскую ОБ, где ребенка осмотрели и направили в областной филиал ЭМП. Оттуда вновь вернули в инфекционную больницу, где ребенка не госпитализировали и обратно отправили в областной филиал ЭМП. Здесь обследовав ребенка, начали лечебные мероприятия, но из-за крайне тяжелого состояния ребенка наблюдался летальный исход. По заключению экспертной комиссии причина смерти – острая кишечная инфекция, гиповолемический шок, энтероколит. Из-за недостатков организации ЛДП в указанных медицинских учреждениях ребенок не был своевременно госпитализирован, а возможность сохранения жизни ребенка имелась.

Из объективных причин – позднее обращение к врачу способствовало нераспознаванию основного заболевания (травмы) (6,6%) и его осложнений (14,5%), к дефектам лечения – поздняя госпитализация (32,9%), ошибки при проведении медицинских процедур (6,6%), а также нарушению правил транспортировки (5,3%), неоформлению отказа пациента от медицинского вмешательства (5,3%) ( $P < 0,05$ ). Атипичное течение болезни (травмы) к нераспознаванию основного заболевания (травмы) (19,2%) и его осложнений (19,2%), к поздней госпитализации (11,5%), нарушению правил транспортировки (7,7%) ( $P < 0,05$ ).

Пример 4. Подросток Н.С., 15 лет. Был сбит автомашиной и был госпитализирован в реанимационное отделение областного центра «Детской хирургии». Где после обследования был проведен торакоцентез, лапаротомия. Несмотря на проведенные лечебные мероприятия, через 1,5 часа наблюдалась смерть больного. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены – разрыв левого легкого, кровоизлияния в забрюшинное пространство, оскольчатый перелом костей таза, разрыв мочевого пузыря, гемоперитонеум, кровоизлияния в легкие, печень, селезенку и диафрагму. Отмечены позднее обращение за медицинской помощью, – множественность повреждений больного, тяжесть состояния, короткое пребывание больного в стационаре (3ч. 15 мин.).

Следовательно, возникновению ДМП спо-



собствует в некоторых случаях несколько причин. В деятельности педиатров среди причин основную массу составляют субъективные и организационные. Среди субъективных преобладают невнимательное отношение к больному и неполноценное обследование больного, а также недостаточная квалификация медицинского работника. Из организационных причин большинство составили недостатки в организации лечебно-диагностического процесса. Среди объективных причин чаще отмечалось – позднее обращение к врачу. При этом субъек-

тивные причины в основном приводили к дефектам диагностики и дефектам лечения. Из организационных причин – чаще недостатки в организации лечебно-диагностического процесса приводили к дефектам диагностики, лечения, а также дефектам организации. Из объективных причин большинство составили позднее обращение к врачу, а также отсутствие необходимых средств диагностики, которые в основном способствовали развитию дефектов диагностики и лечения, а также нарушению правил транспортировки.

## Литература

1. Асадов Д.А., Нажмитдинов А.М., Собиров Д.М., Тагиров Ч.Н. Качество медицинской помощи и доказательная медицина. Медицинский журнал Узбекистана, 2004; 3: 12-15.
2. Буромской И.В., Кильдюшов Е.М. Предложение по стандартизации терминологии, используемой при оценке качества оказания медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза, 2007; 3: 17-20.
3. Гиясов З.А., Калиш Ю.И., Ким Л.А., Холматов З.Б. Дефекты медицинской помощи по материалам судебно-медицинских экспертиз. Хирургия Узбекистана, 2000; 4: 102-107.
4. Новоселов В.П., Канунникова Л.В. Комплексная оценка ненадлежащего оказания медицинской помощи. Проблемы экспертизы в медицине – Ижевск – 2005; 4: 4-6.
5. Пашинян Г.А., Талалаев В.Н., Анютин Р.Г. Экспертная оценка дефектов оказания медицинской помощи в отоларингологии. Судебно-медицинская экспертиза, 2004;4: 3-6.
6. Пиголкин Ю.И., Богомолова И.Н. Применение принципов доказательной медицины в качестве критериев полезности новых методов исследования в экспертной практике. Судебно-медицинская экспертиза, 2004; 6: 3-6.
7. Романенко А.Е. Главная цель – повышение качества и эффективности медицинской помощи. Советское здравоохранение. 1986; 9: 3-8.
8. Соседко Ю.Н. Работа судебно-медицинского эксперта по выявлению и профилактике дефектов медицинской помощи. Военно-медицинский журнал, 1991;3: 33-37.
9. Томилин В.В. Ответственность медицинских работников в случаях нарушения ими своих профессиональных обязанностей. Военно-медицинский журнал, 1991; 8: 75-78.
10. Томилин В.В., Соседко Ю.И. Дефекты медицинской помощи, допускаемые частнопрактикующими врачами (предприятиями). Судебно-медицинская экспертиза, 2001; 4: 3-5.
11. Холматов З.Б. Некоторые судебно-медицинские аспекты профессиональной деятельности акушеров-гинекологов. Автореф... канд. мед. Наук, Ташкент.2005.
12. Benjaminsen S.E., Knudsen A.F., Thomsen R.L., Balslov K.D. Prevention of repeated suicide attempts. Evaluation of the treatment effectiveness. Ugeskr. Laeger., 2006; 6(168(6)): 553-558.
13. Davis B., Appledy J. USA Today. 1999: 30.
14. Quality of Care Patient Safety. WHO, 2002; 10: 16.
15. Rall M., Shaedle B., Zieger J. et al. Innovative training for enhancing patient safety. Safety culture and integrated concepts. Unfallchirurg. 2002 ; 105(11): 1033 –1042.
16. Rieck M., Moreland J. The Orpington Prognostic Scale for patients with stroke: reliability and pilot predictive data for discharge destination and therapeutic services. Disabil. Rehabil. 2005; 15-27 (23): 1425- 1433.



Исламов Ш.Э., Бахриев И.И., Ибадлаев Ф.Т., Назарова М.М.  
**ПЕДИАТРЛАР ФАОЛИЯТИДА ТИББИЙ ЁРДАМ НУҚСОНЛАРИНИНГ  
 КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИ**

**Калит сўзлар:** тиббий ёрдам кўрсатиш нуқсонлари, келиб чиқиш сабаблари, педиатр.

Мақола педиатрлар орасида тиббий ёрдам нуқсонларининг келиб чиқиш сабабларига бағишланган. Педиатрлар фаолиятида кузатилган нуқсонлар сабабларига кўра субъектив ва ташкилий сабаблар кўпчиликни ташкил қилган. Субъектив сабаблар орасида беморга нисбатан эътиборсизлик ва уни нотўлиқ текшириш, ҳамда тиббий ҳодим малакасининг етишмаслигидир. Ташкилий сабаблар орасида асосан даволаш-диагностика жараёнини ташкил этишдаги камчиликлар кўпчиликни ташкил қилди. Объектив сабаблар орасида эса шифокорга кеч мурожаат қилиш ўрин тутади.

Islamov Sh.E., Bakhriev I.I., Ibadlaev F.T., Nazarova M.M.  
**CAUSES OF DEFECTS IN MEDICAL CARE AMONG PEDIATRICIANS' ACTIVITY**

**Key words:** medical service defect, causes, pediatrician.

The article deals with the causes of defects in medical care in pediatricians' activity. In the actions of pediatricians the reasons were subjective and organizational. Among the subjective prevailing inattention to the patient and inadequate examination of them, as well as insufficient qualifications of medical worker. Organizational reasons were shortcomings in diagnostic and treatment process. Among the objective reasons there were late visits to doctor.

Урманова Ю.М., Рихсиева Н.Т., Кулмирзаева М.Г.  
**ЧАСТОТА ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НАРУШЕНИЙ  
 РОСТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ СКРИНИНГЕ**  
 Ташкентский педиатрический медицинский институт

**Цель исследования** - изучить частоту йододефицитных заболеваний среди детей и подростков при проведении профилактических осмотров.

**Материал и методы.** Мы наблюдали 595 детей и подростков (в том числе мальчиков - 342, девочек - 253) в рамках специальной программы «Сен ёлгиз эмассан» с 12 по 17 ноября 2018 года в приемном отделении Ташкентского педиатрического медицинского института. В течение недели были обследованы дети и подростки из 6 детских домов. Пациенты были обследованы всеми специалистами - эндокринологами, педиатрами, неврологами, урологами, хирургами-ортопедами, офтальмологами и т. д. У пациентов измеряли рост, вес, учитывали отсутствие роста, веса, проводили пальпацию щитовидной железы и объективное обследование этапов полового развития по Таннеру. При необходимости проводили ультразвуковое исследование эндокринных органов.

**Результаты.** Установлено, что задержка роста произошла у 36 (20,2%) из 178 пациентов с заболеваниями щитовидной железы, в 2 (1,1%) случаях - задержка полового созревания, в 1 (0,5%) случае - карликовость, в 1 (0,5%) случае - варикоцеле и 1 (0,5%) - крипторхизм. Всего диффузный зоб 1-2 ст. наблюдался у 164 (27,5%) осмотренных. Сравнительный анализ результатов нашего исследования показал, что задержка роста была выявлена у 36 (20,2%) пациентов.

Йодный дефицит и обусловленные им заболевания формируют широкий спектр медико-социальных проблем на территории Республики Узбекистан, несмотря на наличие Закона об йодировании пищевой соли, принятого

в 2007 г. По распространенности среди инфекционной патологии эндемический зоб занимает одно из первых мест, причем особенно высокий риск заболеваемости отмечен у подростков и беременных женщин [1,2,3].



## ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Бабаджанов А.С., Агзамходжаев Т.С., Маматкулов И.Б.** 2  
Некоторые итоги оптимизации сети учреждений здравоохранения в сегменте детской анестезиологии – реаниматологической помощи. Обеспеченность врачевными кадрами

**Искандарова Ш.Т., Уллиев Б.Ю., Абилов Х.А.** 7  
Анализ и оценка трудоустройства выпускников медицинского ВУЗа на примере Ташкентского педиатрического медицинского института

**Уллиев Б.Ю., Абилов Х.А.** 13  
Тошкент педиатрия тиббиёт институти битирувчиларини самарали ишга жойлаштиришнинг замонавий усули (2017-2018 ўқув йили бандлигини таъминланиши бўйича маълумот)

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

**Гулямова М.А., Хусанова Т.Ш., Ходжиметова Ш.Х., Рузметова Г.Б.** 24  
Особенности адаптации недоношенных новорожденных от женщин с преэклампсией в раннем неонатальном периоде

**Исмаилова М.А. Тухтаева У.Д., Сулейманова Л.И., Донијева Н.Я.** 29  
Муддатидан олдин туғилган болалар ривожланишидаги кечикишларнинг хусусиятлари ва уларнинг оналарининг эмоционал ҳолатлари

**Салихова К.Ш., Ишнйазова Н.Д., Мирзахмедова Д.М., Абдурахманова Ф.Р., Умарова Л.Н., Агзамходжаева Б.У.** 36  
Перинатальные факторы формирования бронхолегочной дисплазии у новорожденных

**Кахаров З.А., Саттибаев И.И., Абдурахимов А.Х., Эшонкулова Б.Д., Абдумухтарова М.З.** 40  
Антропометрические показатели физического развития у детей в Андижанской области

**Турдиева Ш.Т., Каримова Д.И., Шайхова М.И.** 44  
Сурункали гастродуоденал патологияси бўлган мактаб ўқувчиларида темир танқислиги камқонлигини даволашнинг баъзи жиҳатлари

## THE HIGHLIGHTS OF HEALTH

**Babadzhanov A.S., Agzamkhodjayev T.S., Mamatkulov I.B.** 2  
Some results of optimization network of healthcare institutions in the segment of pediatric anesthesiology and reanimation care; provision with medical personnel

**Iskandarova Sh. T., Ulliev B. Yu., Abidov Kh. A.** 7  
Analysis and employing graduates of higher medical institution on the example of Tashkent Pediatric Medical Institute

**Ulliev B. Y., Abidov H. A.** 13  
Work out and putting into practice the new efficient and systematized mechanism on employing graduates' information from 2017 to 2018 (academic year)

## ORIGINAL ARTICLES

**Gulyamova M. A., Khusanova T. Sh., Khodjimetova Sh. H., Ruzmetova G. B.** 24  
Peculiarities of adaptation premature newborns from women with pre-eclampsia in the early neonatal period

**Ismailova M. A. Tuhtaeva U. D., Suleymanova L. I., Donieva N. Ya.** 29  
Characteristic of delayed development for premature and the emotional state of their mothers

**Salihova K. Sh., Ishniyazova N. D., Mirzahmedova D. M., Abdurahmanova F. R., Umarova L. N., Agzamhodjaeva B. U.** 36  
Perinatal factors of formation bronchopulmonary dysplasia in newborns

**Kaharov Z. A., Sattibaev I. I., Abdurahimov A. H., Eshonkulova B. D., Abdumukhtarova M. Z.** 40  
Anthropometric indices of physical growth of children in Andizhan region

**Turdieva Sh. T., Karimova D. I., Shaikhova M. I.** 44  
Some aspects of treatment iron deficiency anemia in schoolchildren with chronic gastroduodenal pathology





- Даукиш И. А., Пирназарова Г.З., Акилова Ф.А., Махкамова Ю.Ш.* Поражение гепатобилиарной системы при ювенильном ревматоидном артрите у детей 49
- Dauksh I. A., Pirnazarova G. Z., Akilova F.A., Mahkamova Y.Sh.* Damage of hepatobiliary system at juvenile at rheumatoid arthritis in children
- Азизова Н.Д., Шамсиев Ф.М., Шахавутдинова Н.Д.* Частота встречаемости и факторы риска развития метаболического синдрома у детей с бронхиальной астмой 52
- Azizova N.D., Shamsiev F.M., Shakhavutdinova N.D.* Prevalence and risk factors of metabolic syndrome in children with bronchial asthma
- Муратходжаева А.В., Даукиш И.А., Ибрагимова Д.Т., Тухтабаева К.А.* Психосоматические расстройства у детей с ювенильным ревматоидным артритом 57
- Murathodjaeva A.V., Dauksh I.A., Ibragimova D.T., Tuhtabaeva K.A.* Psychosomatic disorder at children with juvenile rheumatoid arthritis at children
- Тухтаева О.Т.* Риск развития и хронология аллергических заболеваний у детей 60
- Tukhtaeva O.T.* Risk of development and chronology of allergic diseases in children
- Исламов Ш.Э., Бахриев И.И., Ибадлаев Ф.Т., Назарова М.М.* Причины допущения дефектов медицинской помощи в деятельности педиатров 66
- Islamov Sh.E., Bakhriev I.I., Ibadlaev F.T., Nazarova M.M.* The reasons of medical care defects in pediatricians
- Урманова Ю.М., Рихсиева Н.Т., Кулмирзаева М.Г.* Частота йододефицитных заболеваний и нарушений роста у детей и подростков при скрининге 71
- Urmanova Y.M., Rihsieva N.T., Kulmirzaeva M.G.* Frequency of iodine deficiency disease and growth retardation in children and adolescents at screening
- Урманова Ю.М.* Нейроэндокринная характеристика опухолевых заболеваний гипофиза у детей и подростков 76
- Urmanova Y.M.* Neuroendocrine characteristics of tumors at hypophysis' disease in children and teenagers
- Юсупов А.С., Таджиев Б.М., Файзиев Б.О., Юсупова М.А., Мирхошимов М.Б.* Выраженность эндотоксикоза у больных с вирусным гепатитом А на фоне ОРВИ 80
- Yusupov A.S., Tadjiev B.M., Fayziev B.O., Yusupova M.A. Mirhoshimov M.B.* Expressiveness of endotoxiocosis at patients with viral hepatitis A on the background of ARVI
- Арипова Ф. С., Ищенко И.В., Назарова К.Я.* Диагностика и принципы терапии воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы у девочек в пре- и пубертатном возрасте 84
- Aripova F.S., Ishchenko I.V., Nazarova K.Ya.* Diagnosis and principles of therapy system for inflammatory diseases of reproductive system in girls with pre-and pubertal age
- Ищенко И.В., Тиллашайхова М.Х., Таджиева М.А., Закирходжаева Д.А.* Отношение молодого поколения к репродуктивному здоровью с гендерной точки зрения 87
- Ishenko I.V., Tillashayhova M.X., Tadjieva M.A., Zokirhodjaeva D.A.* The attitude of young generation to reproductive health from gender point of view
- Турсунбаева Ф.Ф., Ходжиметов Х.А., Каримова З.Г., Тухтаева У.Д.* Перинатальные исходы у женщин позднего репродуктивного возраста 91
- Tursunbaeva F.F., Khodjimetov Kh.A., Karimova Z.G., Tukhtaeva U.D.* Perinatal outcomes in women of late reproductive age